

(Revisione ASL Rieti 2019 vers. 1.0)

U.O.C. Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici
Tel. 0746/278241– Fax 0746/278538
Direttore: Dr.ssa Emma Giordani

**COMITATO DI CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E
ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP**

U.O. Richiedente _____ *Data* _____

Paziente _____

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Diagnosi: patologia di base _____

Infezione : sospetta certa

Utilizzo limitato nelle infezioni da gram – multi resistenti

Indicazioni terapeutiche autorizzate in PTOTR :

- infezioni complicate cute e tessuti molli del piede diabetico
- gravi infezioni addominali in cui si sospetta l'eziologia di microorganismi produttori di beta lattamasi

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco	Dosaggio	Quantità richiesta	Quantità consegnata
INVANZ	1 g e.v		

- 1° scelta
- 2° scelta, antibiotico usato in precedenza _____
- 3° scelta, antibiotici usati in precedenza _____

Durata prevista:

- 1° trattamento per giorni _____
- Prosecuzione per giorni _____

Medico Richiedente _____

Telefono interno _____

Firma e Codice _____

➤ **Si allegano antibiogramma e/o consulenza infettivologica**